CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 35

DES

TUMEURS DU PÉRITOINE

PELVIEN

CHEZ LA FEMME

A FORME MYXOMATEUSE OU COLLOÏDE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 2 JUILLET 1886

PAR

A. CHEVALIER

Né à Bagnols-les-Bains (Lozère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

1886

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... Doyen
GRASSET..... Assesseur

PROFESSEURS :

Clinique médicale	MM. DUPRÉ (✲ C. ✲).
Anatomie	BENOIT (O. ✲ ✲).
Clinique médicale	COMBAL (✲ ✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	CAVALIER (✲).
Physique médicale	MOITESSIER (✲).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et histoire naturelle médicale.	PLANCHON (✲✲).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT
Opérations et appareils.....	GRYNFELTT
Pathologie externe (Chargé du cours) ..	CHALOT.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).

Profess. honor.: MM. MARTINS (O. ✲).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN (✲), agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GARIMOND	MM. CARRIEU	MM. REGIMBEAU (✲)
JACQUEMET	MAIRET	BLAISE
GAYRAUD	CHALOT	BAUMEL
DE GIRARD	BIMAR	VILLE
SERRE	MOSSÉ (✲)	GRANEL

M. F.-J. BLAISE, *secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÉDENAT, *président ;*
DUMAS, professeur ;
SERRE, agrégé.
REGIMBEAU, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions emises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A. CHEVALIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0108

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TÉDENAT

A. CHEVALIER.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HAMELIN

A. CHEVALIER.

INTRODUCTION. — EXPOSITION DU SUJET

DIVISION

Il y a deux mois à peine, nous observions, dans le service de M. le professeur Tédenat, une malade qui nous intéressa vivement. Jeune encore, elle portait depuis huit ans une volumineuse tumeur abdominale, qui s'était accrue avec lenteur. L'ascite énorme qui l'accompagnait, sa reproduction si rapide, le nombre si considérable de ponctions que l'on avait pratiquées, la longue durée de la maladie, le peu de retentissement qu'elle avait exercé sur l'état général, la difficulté d'établir un diagnostic précis, donnaient à cette observation quelque chose d'imprévu et d'irrégulier en clinique ; puis, l'opération nous faisant tomber sur une tumeur à forme si caractéristique, implantée sur le péritoine pelvien, et dont la structure histologique s'éloignait considérablement des principaux types de néoplasmes, achevait de spécialiser ce cas et de l'individualiser en quelque sorte.

Vers cette époque, ou un peu plus tard, M. Péan faisait à l'Académie de chirurgie une communication orale sur les *tumeurs végétantes du péritoine pelvien*. D'après cet auteur, ces lésions, confondues avec d'autres néoplasmes, n'avaient point encore été décrites et différenciées. En lisant ce travail, nous avons été amené à faire rentrer notre cas dans la nouvelle catégorie de tumeurs décrites par M. Péan.

La rareté de celles-ci et l'intérêt si vif que les publications du chirurgien de Paris viennent de répandre sur leur histoire nous ont engagé à faire de leur étude l'objet de notre thèse inaugurale.

Ce sujet est neuf. Il est probable cependant que ces tumeurs ont dû se présenter assez souvent à l'observation des chirurgiens. Mais, comme on ne les connaissait pas assez, faute de signes diagnostiques suffisants, on les confondait presque toujours avec des productions de mauvaise nature, telles que des sarcomes ou des carcinomes. Aussi est-ce vainement qu'on chercherait de semblables cas dans la littérature.

On trouve en assez grand nombre des observations de végétations développées sur l'un ou l'autre ovaire devenus kystiques. Le fait que Quénu vient de publier dans la *Revue de chirurgie* est un exemple de ces cas (1). Or ce n'est pas cela que décrit Péan sous le nom de tumeurs végétantes du péritoine pelvien. Celles-ci se développeraient surtout au dépens de la séreuse ; les ovaires ne seraient atteints que secondairement. Nous ne saurions, d'ailleurs, mieux faire que de citer es paroles mêmes de Péan: « Je désire vous parler aujourd'hui, dit-il, d'un groupe de tumeurs qui me paraissent particulières au péritoine pelvien. Elles sont constituées par la production, à la surface de ce feuillet séreux, de végétations multiples, mollasses, assez analogues à du frai de grenouille, susceptibles de prendre la disposition arborescente. Ces productions, envahissant de préférence les annexes de l'utérus, montrent peu de tendance à se propager au péritoine viscéral et aux viscères abdominaux ; peuvent envahir au contraire le mésentère et l'épiploon ; finalement, elles entraînent la mort, moins par leur tendance à la généralisation que par la production rapide et incessante d'une ascite caractéristique qui épuise vite les malades.

(1) Quénu, *Tumeurs végétantes des deux ovaires,* in *Revue de chirurgie,* 1886.

» Cette description s'applique à un groupe de tumeurs que j'ai observées fréquemment, et qui se distinguent assez nettement de toutes celles qui peuvent les simuler. Si une telle distinction n'a pas été faite jusqu'ici, cela tient sans doute à deux motifs d'ordre différent: le premier, c'est que, lorsque les chirurgiens les ont vues, sur le vivant, au cours d'une opération, ils les ont prises pour du cancer et s'en sont tenus à l'incision exploratrice; le second, c'est que, lorsqu'ils ont eu l'occasion de les rencontrer à la nécropsie, ces tumeurs, par le fait même de la décomposition cadavérique, avaient subi dans leur aspect des modifications profondes qui en faisaient méconnaître la nature (1). »

Ces quelques lignes donnent une idée très-précise du sujet que nous avons à traiter; elles le limitent et le définissent bien. Pour l'étudier avec méthode, nous le diviserons en deux parties principales. La première sera consacrée à la description microscopique et à l'examen histologique de ces tumeurs: ce sera un chapitre d'anatomie pathologique. La deuxième partie de notre travail comprendra la symptomatologie, le diagnostic et le traitement. Enfin, dans un dernier chapitre, nous donnerons nos conclusions.

Notre observation sera mise au commencement de la thèse. On pourra ainsi immédiatement se faire une idée du cas que nous voulons étudier. Les planches que nous y annexons auront l'avantage incontestable de rendre plus frappants et plus faciles à saisir certains détails de forme et de structure. Cette tâche est réellement difficile; aussi sollicitons-nous toute l'indulgence de nos Juges.

(1) *Des Tumeurs végétantes du péritoine pelvien à forme colloïde ou myxomateuse*, in *Semaine médicale*, 9 juin 1886.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU PÉRITOINE PELVIEN

CHEZ LA FEMME

A FORME MYXOMATEUSE OU COLLOÏDE

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION

Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat

Tumeur végétante du petit bassin.— Ascite considérable et à reproduction très-rapide. — Nombreuses paracentèses.— Laparotomie.— Mort deux jours après l'opération.— Autopsie.

Le 13 avril 1886, Mélanie B., femme de ménage, à Béziers, entre à l'hôpital St-Éloi pour une tumeur abdominale volumineuse. Admise dans le service de M. le professeur Tédenat, elle est placée au numéro 11 de la salle Notre-Dame.

Cette femme est âgée de trente-cinq ans. Mariée depuis dix ans, elle n'a jamais eu d'enfants. A dix-huit ans, premières règles; depuis cette époque, la menstruation s'est toujours normalement accomplie. Point

d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels. Sa complexion était forte et sa santé a toujours été excellente, jusqu'à l'époque où débute la maladie qui l'a amenée dans nos salles.

Ce début remonte à huit ans. A cette époque surviennent des troubles digestifs. Appétit capricieux, digestions pénibles et laborieuses. Après ses repas, renvois nidoreux et besoin pressant de desserrer les vêtements. Alternatives, à intervalles très-variables, de diarrhée et de constipation.

En même temps son caractère changeait. Elle avait des impatiences incompréhensibles, des colères pour des motifs futiles. Cet état ne tarda pas à se compliquer de signes locaux très-caractérisés.

Ce furent d'abord des douleurs abdominales légères, puis plus intenses, perçues à l'occasion d'un mouvement, de la marche, d'un effort, du coït. En même temps la malade s'aperçoit que la partie gauche de l'abdomen se tuméfie, et qu'à ce niveau la palpation permet de sentir une tumeur très-nette. Un mois après cette constatation, un médecin pratiquait la première paracentèse, qui donnait issue à 14 litres d'un liquide citrin. Mais l'épanchement ne tarde pas à se reproduire, et, par la suite, avec tant de rapidité, que les ponctions, pratiquées d'abord tous les deux mois, puis tous les mois, durent être faites dans les derniers temps tous les quinze jours, et enfin tous les huit jours. On a dû faire dans l'espace de huit ans plus de cent paracentèses. En même temps la malade maigrit et perd ses forces ; elle est maintenant obligée de garder le lit; enfin la menstruation, qui jusque-là s'était accomplie avec régularité, est interrompue depuis deux mois.

C'est dans ces circonstances que la malade est reçue à l'hôpital. A l'examen clinique, en dehors des signes généraux précédemment énumérés, on constate tout d'abord un énorme développement du ventre. Celui-ci est surtout développé sur la ligne médiane; à ce niveau-là, il fait une forte saillie en avant et semble surplomber le pubis. Les flancs sont rentrés en quelque sorte, au lieu d'être étalés et tombants, comme ils le sont dans l'ascite, et ne rappellent pas du tout l'aspect du ventre de batracien. La peau aurait son aspect normal, si elle n'était,

çà et là, sillonnée de vergetures et tachée de points pigmentés qui sont des vestiges de ponctions.

A la palpation se trouve une résistance considérable et uniforme, malgré l'existence de petits nodules de la grosseur d'une noisette, que l'on attribue à l'induration inflammatoire causée par les paracentèses. La fluctuation est peu nette. La matité s'étend dans les flancs, remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se trouve limitée supérieurement par une ligne courbe à concavité inférieure. En dehors se trouve la sonorité tympanique propre à l'intestin. En déprimant fortement la paroi abdominale et plongeant la main dans la fosse iliaque gauche, on touche une tumeur dure, bosselée, irrégulière, occupant le contour correspondant du détroit supérieur du bassin. Elle est immobile et paraît adhérer à la paroi pelvienne. L'abdomen n'est pas douloureux à la pression, et son développement ne gêne la malade que par les troubles mécaniques qu'il apporte à la respiration.

Au toucher, on constate que les parois latérales du vagin sont souples et dépressibles. Le col utérin est fortement porté en avant vers la symphise. Le cul-de-sac latéral droit est libre; mais, dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauche, le doigt se trouve arrêté par une tumeur dure, se continuant manifestement avec celle que l'on touche par le palper abdominal. Les mouvements se transmettent de la tumeur à l'utérus et de l'utérus à la tumeur. Toutes ces explorations se font sans douleur.

Le 18, cinq jours après son entrée, la tuméfaction abdominale ayant presque doublé de volume, et la malade souffrant beaucoup, on fait une ponction avec l'appareil de Potain. On retire près de 6 litres d'un liquide clair, citrin et légèrement filant. Celui-ci contenait de grandes quantités de paralbumine; et l'examen histologique, pratiqué avec un grossissement de 400 diamètres, a décelé la présence de cellules cylindriques à gros noyau. Ces éléments se trouvaient en assez grande quantité, mélangés à des leucocytes et à des globules rouges. On trouvait aussi dans ce liquide des granulations pigmentaires et des cristaux de cholestérine.

Au moment de la ponction, l'aiguille de l'aspirateur, mue en divers sens, se trouvait arrêtée par une surface irrégulière, anfractueuse, présentant des saillies et des cavités secondaires où l'instrument s'enfonçait tout à coup.

Après cet examen, le diagnostic restait encore indécis. Mais l'état de la malade ne tarde pas à s'aggraver. Elle est prise à plusieurs moments de lipothymies assez prolongées. Le 20, la température s'élève à 39°2. Il y eut des vomissements et de la douleur abdominale. Le liquide s'était reproduit, et la tumeur était aussi volumineuse qu'avant la ponction. Il y avait gêne dans la respiration, avec tendances syncopales. En présence de ces signes alarmants, M. Tédenat, prévoyant une issue fatale si l'on n'intervenait rapidement, et pressé d'ailleurs par les instances de la malade, se décida à pratiquer la laparotomie. L'opération eut lieu le 23.

La malade anesthésiée et toutes les précautions antiseptiques préparatoires prises, l'opérateur fait sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis, une incision de quatre travers de doigt. Le péritoine pariétal se trouve fortement épaissi ; il crie sous les ciseaux qui le coupent. Dès que la cavité séreuse est ouverte, il jaillit un flot de liquide citrin dont la quantité peut être évaluée à sept ou huit litres. L'écoulement terminé, une masse bourgeonnante grisâtre, molle au toucher, se montre à travers l'incision. Elle adhère fortement aux parois du bassin, à l'utérus, au ligament large et aux annexes gauches. Elle est enlevée à l'aide des mains par fragmentation. A chaque tentative, on ramène des morceaux gros comme le poing, une orange ou une mandarine. L'hémorrhagie est peu abondante, et on s'en rend complétement maître à l'aide de quelques ligatures. La toilette péritonéale faite, la plaie est fermée par un plan de sutures profondes entrecoupées, réunissant la séreuse. Au-dessus sont placés huit points de suture entortillée. Par l'angle inférieur de la plaie, un tube en caoutchouc de gros calibre est plongé jusqu'au fond du petit bassin, pour assurer le drainage de la cavité péritonéale. Large pansement antiseptique, à l'iodoforme et à la gaze iodoformée. L'opération a duré trois quarts d'heure.

La malade est pâle, refroidie; son pouls petit, filiforme, à 120. On la réchauffe à l'aide de bouillottes, et l'on prescrit une potion avec rhum et chlorhydrate de morphine. Des lavages fréquents à l'eau boriquée tiède seront faits toutes les heures.

A 4 heures du soir, réaction non encore faite; sensation de froid frissonnements; pouls fréquent et faible. L'eau de lavage vient légèrement teintée de sang. Nuit agitée et sans sommeil. T. S. 39°.

Le 24, même état général que la veille. Peau pâle et froide; pouls petit, filiforme, à 130; quelques nausées. Cependant l'abdomen n'est pas douloureux à la pression. L'injection faite dans le drain revient à peu près propre. On insiste sur la médication excitante. T. M. 38°5. Le soir, l'état de collapsus s'accentue encore davantage. Refroidissement général, pouls excessivement faible, voix cassée. La malade se trouve très-bien et sera demain, dit-elle, complétement guérie. Insomnie et délire pendant la nuit. L'interne de garde fait une injection d'éther à dix heures du soir. A ce moment, mêmes signes de collapsus profond.

Le 25, à six heures du matin, la malade mourait.

L'autopsie est faite 24 heures après la mort. Le ventre n'est pas ballonné. La ligne de réunion est absolument sèche : point de secrétion. Dans le cul-de-sac recto-vagino-utérin se trouvent deux ou trois cuillerées d'un liquide grisâtre, sans aucune mauvaise odeur. Les intestins ont leur aspect normal; aucune trace de péritonite. Le feuillet pariétal du péritoine tapissant la face postérieure de la paroi abdominale dans sa portion sous-ombilicale, les fosses iliaques et le petit bassin, est fortement épaissi; à certains endroits, il a près de deux millimètres d'épaisseur. Il est violacé, fortement vascularisé, et adhère intimement au *fascia superficialis* et aux lames profondes des aponévroses des muscles larges de l'abdomen. Si on l'incise, il crie sous le scalpel. En certains points, il présente des nodules durs, formés de tissu inflammatoire développé autour des ponctions. Sur la partie gauche du détroit supérieur du bassin, le ligament large et les annexes de ce côté, se trouvent des plaques grisâtres, légèrement surélevées, inter-

rompues par places, représentant les points d'implantation de la tumeur. Ces vestiges de la tumeur s'observent aussi sur le ligament large et les annexes droites, mais en moins grande abondance.

L'ovaire gauche est sain. Celui du côté droit, manifestement augmenté de volume, est envahi par la tumeur. En faisant une coupe transversale de cet organe, on constate que l'altération ne pénètre pas profondément dans son tissu, qui est aux trois quarts intact. Les trompes sont normales et ne présentent que des lésions inflammatoires. D'un côté ni de l'autre, l'organe de Rosenmuller ne nous a paru altéré. Il ressort de cet examen que c'est bien aux dépens du péritoine, et du péritoine seul, que s'est développée la tumeur. Aucune altération ganglionnaire, pelvienne ou lombaire. Rien de spécial à noter du côté des viscères abdominaux ou thoraciques.

Nous fondant sur les données cliniques et les constatations nécropsiques, nous avons pu reproduire le dessin de notre planche III, que nous devons à l'obligeance de M. Bourguet, interne des hôpitaux. Il représente avec le plus d'exactitude possible la forme, la situation et les rapports de la tumeur.

Celle-ci, par sa masse principale, est insérée sur le ligament large gauche et les annexes correspondantes. Cette partie, élargie, déborde en haut le petit bassin et envahit la fosse iliaque ; son extrémité inférieure, plus étroite, plonge profondément dans le cul-de-sac recto-vagino-utérin, où elle devient accessible aux touchers vaginal et rectal. De cette masse principale, formant les 8 dixièmes de la tumeur, se détachent de petites traînées néoplasiques courant sur la face postérieure de l'utérus et gagnant les annexes droites, où l'on observe un bloc végétant gros commme une mandarine.

Celui-ci est suspendu à l'ovaire. On voit sur cette partie du dessin (6) de petites végétations pédiculées au début de leur évolution. Elles montrent très-bien le mode d'implantation de la tumeur. Supposez que celles-ci se multiplient, qu'elles augmentent considérablement de volume, et vous aurez reproduite la masse qui se trouve à gauche. Toutes ces masses, dans leur ensemble, pèsent 720 grammes.

Cette tumeur, d'aspect arborescent, se décompose en masses secondaires, reliées les unes aux autres par des pédicules vasculaires de grandeur et de grosseur variables ; sortes de grappes qui se subdivisent, elles aussi, en segments plus petits. Enfin ceux-ci, qui représentent en miniature le néoplasme en entier, sont ordinairement constitués par un assemblage de petits grains mous, de couleur grisâtre, ressemblant assez bien à du frai de grenouille. Dans certains points, des lobules et même des lobes entiers sont blancs, fibreux, cartilagineux même. Dans son ensemble, tout cela rappelle, à s'y méprendre, l'aspect du chou-fleur. Si l'on fait disparaître par la macération ou le raclage toutes les parties molles recouvrant une de ces grappes, il reste un stroma fibreux, véritable, charpente de la tumeur. Celui-ci s'insère directement sur le péritoine pelvien par une extrémité de largeur variable, constituant le pédicule. Dans son épaisseur se trouvent constamment une artériole et une ou deux veines, quelquefois trois. Rapidement ce pédicule, sorte de tige principale, se divise, émettant des rameaux et des ramuscules, qui, eux encore, se résolvent en parties plus ténues. Toutes ces divisions et subdivisions sont recouvertes de parties molles.

L'examen microscopique de la tumeur a permis de noter les détails suivants: Sur une coupe faite parallèlement à l'axe d'un des petits lobules et examinée à un faible grossissement (300 diamètres), on voit d'ensemble la disposition générale du néoplasme : d'abord un stroma, à tissu conjonctif adulte, au niveau du pédicule; à mesure que l'on se rapproche de la périphérie, les fibrilles connectives diminuent et font place à des éléments fusiformes; à la périphérie, et se détachant de la masse centrale, se trouvent des prolongements en doigt de gant, simples ou bifurqués. Autour de toutes ces parties court un revêtement épithélial disposé sur une seule couche.

A un grossissement beaucoup plus fort (850 diamètres), on reconnaît que l'épithélium est formé de cellules cylindriques à cils vibratiles. Cette disposition ciliée est générale et constante ; nous l'avons rencontrée sur toutes les coupes faites en divers points de la tumeur.

Tous ces détails se voient très-bien sur les planches I et II, qu'a eu la bonté de nous dessiner M. Guibert, aide d'histologie à la Faculté. Au centre de certaines préparations apparaît la section de tubes ou cavités, tapissés aussi d'épithélium cilié et remplis de produits de sécrétion. L'interprétation de cette disposition est au premier abord assez embarrassante. Nous croyons cependant que ces cavités ou kystes sont formés par la soudure, sur leurs bords, de végétations voisines. Cette manière de voir nous paraît confirmée par ce que l'on observe sur la planche I. En *a* se trouve en effet une cavité manifestement formée par la soudure en *b* de deux végétations voisines. Ce processus est d'ailleurs indiqué par Wilson Fox, pour expliquer la formation des poches secondaires dans les kystes de l'ovaire (1). Nous croyons pouvoir affirmer qu'il en a été ainsi dans notre tumeur. Il y a relativement peu de vaisseaux.

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, 1884, p. 359.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET HISTOLOGIE

ASCITE. — SA NATURE ET SA PATHOGÉNIE

§ Ier

Ces tumeurs, telles qu'on les observe après une opération, sont ordinairement constituées par des masses végétantes de nombre et de grosseur variables. Nées par un pédicule très-net, elles se divisent et se subdivisent rapidement, donnant naissance à de nombreux troncs, qui, aux dernières limites de la tumeur, se résolvent en fins ramuscules. Ce mode de ramescence leur donne un aspect arborescent ou en grappes absolument caractéristique. Ces végétations, ordinairement mollasses, gluantes, onctueuses au toucher, quelquefois fibreuses, comme cartilagineuses ou calcaires, sont formées par un tissu plus ou moins rouge, quelquefois grisâtre, très-friable, granuleux ou verruqueux à sa surface. Cette disposition l'a fait comparer à du frai de grenouille. La tumeur, dans son ensemble, rappelle assez bien l'aspect du chou-fleur. Lorsqu'elle a pris un certain développement, elle a de la tendance à plonger dans les culs-de-sac recto-vagino-utérin, où elle forme une saillie très-appréciable aux touchers vaginal et rectal. En même temps, elle peut s'élever au-dessus du détroit supérieur du bassin, où elle devient accessible au palper abdominal. Enfin, si son dé-

veloppement n'est pas considérable, elle se dérobera facilement à ces diverses explorations.

Lorsque, par la macération ou le raclage, on s'est débarrassé de la substance molle de la tumeur, il reste un véritable stroma fibreux, ressemblant assez bien au chevelu de certaines racines. Examinées sous l'eau, toutes ces fines divisions, soulevées et flottant dans le liquide, apparaissent avec une admirable netteté. Par l'examen histologique, nous avons pu nous assurer que, dans chacune de ces branches, étaient contenues une artère et deux ou trois veines. L'existence de ces vaisseaux et leur disposition s'observent très-bien à l'œil nu sur le pédicule et les premières grosses divisions. C'est sur cette charpente fibreuse, et surtout sur les parties les plus déliées de sa trame, que se déposent les parties molles, en affectant la forme granuleuse ou verruqueuse que nous avons déjà mentionnée. Tel est l'aspect de la tumeur adulte, de celle que l'on observe le plus communément après une opération.

Voyons maintenant quelle est son évolution. Cette étude nous permettra de suivre pas à pas le processus néoplasique et d'arriver ainsi à établir des distinctions utiles en clinique.

A une première période, sur le péritoine pelvien, et plus spécialement sur la portion de séreuse qui tapisse la face postérieure de l'utérus, des annexes et des ligaments larges, apparaissent de fines saillies, tantôt juxtaposées, le plus souvent éparpillées et séparées les unes des autres par des intervalles considérables. D'abord lisses, elles ne tardent pas à se hérisser de petites saillies qui leur donnent l'aspect mûriforme. Cet état peut persister quelque temps sans modifications appréciables; mais ordinairement ce premier stade est bientôt franchi. Alors on voit une ou plusieurs de ces végétations s'accroître plus rapidement que les autres, émettre des bourgeons que des pédicules fibro-vasculaires relient à la masse principale, et aboutir enfin, par la continuation de ce processus, à la formation de ces tumeurs arborescentes, en chou-fleur, que nous avons déjà longuement décrites. Si la maladie se borne à ces productions superficielles, sans tendance à se

propager aux tissus sous-jacents, on a le premier type décrit par Péan. A ce premier degré de développement, et surtout au début du travail néoplasique, la confusion, à un examen superficiel, est possible avec des tumeurs de mauvaise nature. Ainsi la lésion qui nous occupe a dû être très-souvent prise pour du cancer. Cependant, si l'on applique son attention à l'élucidation de ce diagnostic, l'indécision doit être de courte durée et l'erreur facilement évitable. La forme pédiculée de la tumeur, sa disposition arborescente et en grappes, sont si caractéristiques, que sa nature ne peut être longtemps méconnue. Les formations malignes, carcinomateuses ou autres, ont une large base d'implantation, infiltrent les tissus sous-jacents, s'étalent en nappe et s'accompagnent rapidement de généralisation aux ganglions. Ce diagnostic anatomique est, d'ailleurs, facilité par la concomitance de signes cliniques que nous indiquerons plus longuement à propos de la symptomatologie.

Chez d'autres malades, les végétations ne restent plus exclusivement intrapéritonéales. Dans le premier type, les annexes de l'utérus et les autres viscères abdominaux étaient respectés. Il n'en est plus de même ici : l'épiploon, le mésentère, la trompe, peuvent être envahis ; mais c'est l'ovaire qui est surtout atteint. Les végétations ont une véritable prédilection pour cette glande : elles envahissent sa surface, pénètrent dans ses anfractuosités, désorganisent son revêtement externe et pénètrent jusque dans sa substance. Mais, signe important et distinctif, elles n'entraînent pas de dégénérescence kystique.

C'est le deuxième type décrit par Péan. Notre observation appartient à ce second groupe. Dans tous ces cas, le volume de la tumeur ovarique est peu considérable et ne dépasse jamais celui d'un œuf d'autruche. Chez notre malade, l'ovaire droit, le seul qui fût altéré, était gros comme une mandarine.

Enfin, sur d'autres malades, concordant avec les altérations précédemment décrites, on observe une dégénérescence kystique de l'un ou des deux ovaires. On trouve alors dans l'intérieur du kyste, suspendues à la paroi des loges, de véritables végétations, en grappe ou

en chou-fleur, ayant la même structure que celles que l'on observe sur la face externe du kyste ou sur le péritoine pelvien. Ces cas, dont on trouve plusieurs observations dans les auteurs, constituent le troisième type de Péan.

Ces trois types sont-ils bien utiles en clinique et ont-ils une réelle importance? Nous avons adopté cette classification sans être bien convaincu de sa valeur. Elle facilite la description, mais elle nous paraît artificielle. Que de fois ne doit-on pas observer, en clinique, tous ces divers types réunis sur le même sujet.

§ 2

A l'examen microscopique d'une de ces végétations, on observe, en grande abondance, des noyaux, des corps fusiformes ou étoilés, contenus dans une substance fondamentale amorphe. Tous ces éléments sont jeunes et font ressembler à première vue la tumeur à un sarcome. Il y a très-peu de vaisseaux. Çà et là quelques fibres conjonctives, qui deviennent plus abondantes à mesure qu'on se rapproche du pédicule. A la périphérie et limitant le néoplasme, on observe une couche épithéliale partout continue. Les cellules qui la constituent sont variables de forme et de disposition. Elles sont tantôt cubiques ou polyédriques en plusieurs couches stratifiées. Les planches annexées au travail de Péan sont de beaux exemples de ces cas. Quelquefois on n'observe qu'une seule rangée de cellules cylindriques à cils vibratiles. C'est la disposition que nous avons trouvée sur nos préparations. L'épithélium délié est très-net ; on peut s'en convaincre par l'inspection de notre planche III. Dans quelques préparations, on trouve que ces cellules ont subi la fonte séreuse et sont devenues vésiculeuses et transparentes. C'est ce produit de sécrétion qui, incessamment versé dans la cavité péritonéale, devient l'origine de l'ascite à production si rapide qui accompagne constamment ces sortes de tu-

meurs Ch. Robin, se fondant sur ces caractères histologiques, affirme que ces néoplasmes doivent être rangés parmi ceux qui prennent naissance dans le péritoine. Ils seraient dus à une hyperplasie générale des éléments constitutifs de cette séreuse. « Quant à leur nature, tout en la déterminant aussi exactement que possible, elle ne lui a pas paru présenter assez d'analogie avec les autres variétés de tumeurs bénignes ou malignes de la région, qui sont plus communes, pour pouvoir les y rattacher, et il a conclu qu'elles constituent un groupe absolument indépendant. D'autres histologistes, auxquels nos préparations ont été également soumises, n'avaient pas hésité à en faire des myxomes. Robin a combattu cette manière de voir, en prétendant que cette détermination n'était pas parfaitement appropriée, et que le mot de colloïde, ajouté à celui de végétation, lui paraîtrait préférable, parce qu'il indique suffisamment la facilité avec laquelle la production morbide sécrète une matière visqueuse. » En résumé, on peut désigner la maladie qui nous occupe sous le nom de *tumeurs végétantes du péritoine pelvien, à forme colloïde ou myxomateuse.*

§ 3

Nous rapprochons de l'étude anatomo-pathologique de ces tumeurs celle de l'ascite qui les accompagne. Cet épanchement est constant et abondant; sa production est si intimement liée à la structure de ces masses néoplasiques, qu'il fait partie en quelque sorte de leur évolution organique. C'est un véritable produit de sécrétion, qui ne saurait être logiquement étudié que dans ce chapitre, à côté des tumeurs qui le produisent.

Cette ascite est constituée par un liquide citrin, ordinairement limpide, filant, empesant le linge comme une solution gommeuse étendue. Il contiendrait de grandes quantités d'albumine, et même de la paralbumine, si nous en croyons nos analyses. D'après Méhu, il y aurait aussi une forte proportion de matière grasse, qu'il extrait par

l'alcool bouillant. Par contre, les matériaux fixes y seraient en faible abondance.

L'examen histologique, pratiqué à un grossissement convenable, décèle la présence de cellules cylindriques à gros noyau; presque constamment, quelques-unes d'entre elles sont devenues caliciformes. Ces éléments se trouvent mélangés à des leucocytes et à des globules rouges. On trouve aussi dans ce liquide des granulations pigmentaires et des cristaux de cholestérine.

La constitution chimique et histologique de ce liquide s'éloigne considérablement de celle de l'épanchement ascitique dû aux lésions cardiaques ou hépatiques. Ici le grand mécanisme de la production est une transsudation pure et simple du sérum sanguin; aussi l'analyse y démontre-t-elle tous les principaux éléments constitutifs de ce liquide.

Dans l'ascite qui accompagne les tumeurs végétantes, un autre mécanisme doit être invoqué. Ici, en effet, quel serait l'obstacle à la circulation sanguine et dans quel point siégerait-il? Qu'on prenne notre observation, par exemple, et l'on verra que la tumeur, volumineuse cependant, puisqu'elle pèse 720 grammes, suspendue à la face postérieure de l'utérus et des annexes, ne pouvait exercer aucune compression vasculaire suffisante pour expliquer la production incessante et si rapide de l'épanchement. D'ailleurs l'ascite est l'exception avec les autres tumeurs pelviennes. Les corps fibreux, les kystes ovariques, la grossesse, cette tumeur physiologique, ne s'accompagnent jamais ou que très-rarement de la présence d'un liquide intrapéritonéal. Ainsi M. Terrier, dans ses statistiques de 100 ovariotomies publiées dans la *Revue de chirurgie*, n'a observé l'ascite que douze fois, et encore dans tous ces cas avait-on affaire à des tumeurs polykystiques offrant des végétations extérieures.

Nous pensons donc qu'un autre mécanisme doit être invoqué pour expliquer la production de l'épanchement qui accompagne les tumeurs végétantes du péritoine pelvien. Nous avons affaire ici à un véritable produit de sécrétion. Qu'on se souvienne, en effet, de la structure histologique de ces productions, et surtout de leur revêtement épithélial.

Celui-ci, disposé sur une ou plusieurs couches, présente toujours, dans divers points de son étendue, la transformation vésiculeuse ou caliciforme des cellules les plus superficielles. Or cet aspect est toujours le signe d'un travail sécrétoire. La substance protoplasmique de la cellule se liquéfie, se fond en quelque sorte et, s'échappant au dehors, contribue à la formation de l'ascite. Ces éléments fondus disparaissent; mais d'autres ne tardent pas à les remplacer, qui, passant par les mêmes phases, seront une source continuelle d'épanchement liquide. On trouve des exemples de ce travail dans de nombreuses glandes et à la surface de la muqueuse intestinale, où la transformation caliciforme des cellules cylindriques qui la revêtent est fréquente. On s'accorde généralement pour admettre aujourd'hui que le liquide des kystes ovariques est le résultat d'un semblable travail. Or il est facile de passer, par des transitions insensibles, du kyste aux tumeurs végétantes. Le plus ordinairement, la surface interne de ces productions morbides est recouverte d'épithélium cubique cylindrique, simple ou cilié; mais on rencontre fréquemment aussi de véritables végétations papilliformes, qui ont été surtout étudiées par Wilson Fox. Elles sont généralement peu développées, mais s'hypertrophient dans certains cas, au point de produire de véritables masses végétantes remplissant une ou plusieurs loges. Il y a, dans certains cas, coïncidence de ces formations morbides avec d'autres absolument identiques, développées à la surface externe du kyste ou sur le péritoine pelvien. On a alors affaire au troisième type de tumeurs végétantes. Or, dans ces divers cas, il n'y a qu'une différence de degré; la constitution histologique et l'aptitude à sécréter qui en est corrélative restent à peu près identiques. On serait donc en présence, dans les cas qui nous occupent, d'un véritable *kyste végétant retourné*.

En comprenant de la sorte la pathogénie de cette ascite, la nature du liquide, sa production incessante, sa formation d'autant plus rapide que la maladie est plus ancienne, se trouvent expliquées d'une manière très-satisfaisante. Au début de la maladie, lorsque la tumeur est encore faiblement développée, l'ascite est peu appréciable et met long-

temps à se produire; mais, par les progrès du néoplasme, la surface secrétante augmente et l'épanchement devient plus rapide et plus abondant. Ces tumeurs, par leur disposition en grappe ou en chou-fleur, sont d'ailleurs admirablement disposées pour réaliser sous un faible volume une vaste surface sécrétante. Supposez notre tumeur de 720 grammes étalée et développée, et vous aurez une idée de la quantité de liquide qu'elle devait fournir. Or ces déductions tirées de l'examen histologique sont surabondamment prouvées par la clinique. Chez notre malade, en effet, les ponctions, pratiquées d'abord tous les deux mois, puis tous les mois, puis tous les quinze jours, durent enfin être faites tous les huit et même tous les quatre ou cinq jours. Nous adoptons donc, pour la production de l'ascite, ce mécanisme invoqué déjà par Quénu (1), puis par Péan.

Mais intervient-il seul? D'autres processus ne viennent-ils pas à son aide? Quénu fait jouer un rôle, secondaire d'ailleurs, à l'osmose. D'après cet auteur, les produits colloïdes, résultat de la sécrétion cellulaire, versés dans la cavité péritonéale, agiraient par dialyse, à travers la membrane séreuse, sur le sérum sanguin, et produiraient ainsi une véritable production de liquide qui, se mélangeant aux produits sécrétés, les diluerait. On doit probablement, aussi, tenir compte de l'irritation chronique du péritoine, de son épaississement et de sa vascularisation.

Sous l'influence de ces altérations, il est bien possible qu'il se fasse une transsudation séreuse, comme cela s'observe dans l'hydrocèle, par exemple. Mais, on ne saurait sérieusement le nier, la plus grande part dans la production de cette ascite revient à l'activité cellulaire. La constitution histo-chimique du liquide milite encore en faveur de cette hypothèse. Outre les matières grasses et les cristaux de cholestérine, on trouve en effet des cellules caliciformes en grande abondance. Cette particularité doit être considérée comme un signe du rôle de l'épithélium de revêtement.

Sa quantité est ordinairement considérable. Dans notre observation,

(1) Quénu, *Tumeurs végétantes des deux ovaires,* in *Revue de chirurgie,* 1886.

la première ponction évacua 14 litres de liquide. Les suivantes furent à peu près aussi abondantes. Mais ce qu'il y a surtout de caractéristique, c'est la rapidité graduellement croissante de sa reproduction. En effet, les intervalles que l'on sera obligé de mettre entre chaque ponction sont proportionnels au volume et à l'ancienneté de la maladie. Il arrivera un moment, ordinairement après un temps assez long, où l'épanchement, se reproduisant au bout de quelques heures, obligera à des paracentèses très-rapprochées. On prévoit quelle source d'affaiblissement cela doit être pour la malade.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT

§ 1er

Cette description ne s'applique qu'aux tumeurs correspondant aux deux premiers types décrits par Péan. Le troisième type se rattache aux vrais kystes de l'ovaire, et sort ainsi de notre sujet.

A un premier degré, ces tumeurs se révèlent au clinicien par des signes communs à la plupart des lésions des organes génitaux chez la femme. Il y a d'abord prédominance des phénomènes généraux. Les troubles digestifs ouvrent ordinairement la scène. L'appétit devient capricieux, les malades digèrent mal; après les repas, il y a des renvois nidoreux, un développement épigastrique exagéré, dû à la production rapide de gaz et forçant les malades à desserrer rapidement leurs vêtements. On observe quelquefois des vomissements ; mais la langue et la bouche ne présentent jamais cet enduit saburral, indice d'embarras gastrique; enfin, signe important, en présence de ces troubles, la santé reste excellente, au moins en apparence.

En même temps, ou un peu plus tard, la femme devient nerveuse, facilement irritable. Elle se met en colère et prend des impatiences pour des motifs futiles. Il y a des bouffées de chaleur, des évanouissements.

Déjà les signes locaux commencent à se manifester, mais ils sont vagues et ne présentent rien de caractéristique. C'est un sentiment de

gêne, de pesanteur dans le périnée ; il y a des douleurs ordinairement légères, rarement spontanées, perçues à l'occasion d'un mouvement, d'un effort du coït.

Ces signes, il faut bien l'avouer, n'ont rien de précis ; ils appartiennent à presque toutes les maladies de l'appareil génital : ils ont cependant l'avantage d'éveiller l'attention du médecin et de le prévenir que quelque chose d'anormal se passe dans la région pelvienne. A cette période, la lésion reste latente.

Mais bientôt les phénomènes locaux s'accentuent. Le ventre commence à se développer, par suite d'un épanchement liquide qui s'accroît d'une manière incessante, et nécessite bientôt une paracentèse. Ce liquide a des caractères spéciaux ; il est limpide, citrin, légèrement filant, et contient des cellules cylindriques ou caliciformes, facilement décelées par l'examen microscopique. Nous insisterons sur la valeur de ce signe, à propos du diagnostic. Cet épanchement, par son abondance et sa reproduction rapide, est absolument caractéristique. C'est lui qui éveille d'abord l'attention des malades. La ponction faite en déprimant la paroi abdominale et plongeant en quelque sorte la main dans le bassin, il sera ordinairement facile de constater la présence d'une tumeur, de volume variable, irrégulière, bosselée et implantée, dans la majorité des cas, de l'un ou de l'autre côté de la ligne médiane. Ces renseignements peuvent, à ce degré, être confirmés par le toucher vaginal et rectal. Le doigt introduit dans le vagin, et porté circulairement autour du col utérin dans les divers culs-de-sac, pourra facilement constater l'existence d'une tumeur immobile ou faiblement mobile. Le toucher rectal confirmera ces données et servira même à en acquérir d'autres, sur son siége exact, sa forme, sa consistance. En combinant ces divers touchers au palper abdominal, on pourra en quelque sorte embrasser la tumeur, juger de son volume et se faire une idée de son mode d'implantation. On pourrait même, d'après Hegar et Kaltenbach, saisir l'ovaire entre les doigts explorateurs et s'assurer ainsi de son intégrité et de son indépendance, relativement à la tumeur. A ce deu-

xième degré, le néoplasme est de grandeur moyenne, et l'ascite ne se reproduit qu'à intervalles éloignés.

Pendant cette période, la santé générale de la malade se maintient dans un état assez satisfaisant. Mais, à mesure qu'arrive le troisième et dernier degré, la tumeur grossit rapidement, et l'ascite se reproduit si vite qu'on est bientôt forcé de répéter les ponctions chaque sept ou huit jours. A ce moment, la malade maigrit rapidement, par suite des spoliations séreuses que lui font subir les paracentèses. Le ventre, par son développement énorme, gêne les fonctions de respiration et de circulation. Il survient des évanouissements, de véritables syncopes. La malade est désormais obligée de garder le lit et vouée, si l'on n'intervient rapidement, à une mort très-prochaine. Ici la terminaison fatale survient par affaiblissement progressif, et non par généralisation viscérale, comme cela s'observe pour les tumeurs malignes.

La durée de la maladie peut être considérable. Dans notre cas, elle a été de près de neuf ans.

En résumé, ce qui domine dans cette symptomatologie, c'est l'existence d'une ascite à caractères spéciaux, se reproduisant incessamment et nécessitant des paracentèses répétées, à des intervalles de plus en plus rapprochés.

§ 2

Le diagnostic est difficile à établir au premier degré de la maladie. A ce moment, la confusion est possible avec la plupart des lésions de l'utérus et de ses annexes ; aussi n'insistons-nous pas. Peut-être pourrait-on cependant arriver, par élimination, à de sérieuses présomptions. Mais rarement le diagnostic sera suffisamment précis pour qu'il puisse provoquer une intervention active. Plus tard, la tumeur se développant et devenant accessible aux divers moyens d'exploration, il de-

viendra possible d'en déterminer la nature. Si elle ne dépasse pas le détroit supérieur, on aura à la distinguer des diverses tumeurs pelviennes. Fait-elle saillie dans le cul-de-sac vagino-utéro-rectal, on la différenciera de l'hématocèle rétro-utérine par les anamnestiques. Cette lésion, à un début brusque, s'accompagne d'un certain signe de péritonite avec douleur abdominale, fièvre et vomissements. Les masses de pelvi-péritonite enkystée, si la lésion est en train d'évoluer, sont douloureuses au toucher; il y a des signes inflammatoires très-nets; existe-t-il un abcès, on pourra percevoir la fluctuation. Dans tous ces cas, d'ailleurs, l'histoire de la maladie sera d'un grand secours et permettra ordinairement d'établir un diagnostic exact. On reconnaîtra un utérus rétroversé ou rétrofléchi par le cathétérisme, en constatant la direction que l'on est obligée d'imprimer au cathéter pour pouvoir atteindre le fond de la matrice, etc.

Si la tumeur siége sur l'un des côtés du petit bassin, on la différenciera de la dilatation kystique des trompes par la constatation d'une tumeur transversalement allongée, développée ordinairement au milieu de phénomènes inflammatoires ; d'un kyste de l'ovaire à son début, par la détermination d'une tumeur bien arrondie, ordinairement mobile, de la grosseur d'un œuf, d'une orange, du poing. Le diagnostic sera plus difficile si l'on a affaire à une tumeur maligne, développée en un point quelconque du petit bassin, péritoine, ligaments larges, utérus et ses annexes. Ces tumeurs s'étalent en nappe, se développent rapidement, établissent des adhérences non-seulement avec les divers viscères intrapelviens, mais encore avec le mésentère, l'épiploon et les anses les plus déclives de l'intestin. On peut constater un empâtement de la paroi abdominale correspondante; il peut y avoir de la douleur à la pression; enfin il est parfois possible de constater dans les régions pelvienne ou lombaire des amas ganglionnaires qui, à eux seuls, permettront d'établir le diagnostic. Ces tumeurs s'accompagnent ordinairement d'une ascite abondante, circonstance capable d'induire en erreur le chirurgien. Mais alors une ponction suffirait à élucider la question.

Ce liquide, en effet, a des caractères qui permettent ordinairement de le reconnaître. Il n'est pas filant; à l'examen microscopique, vous ne trouverez pas de cellules caliciformes. Il peut être limpide, mais il sera parfois louche et même séro-purulent, si la tumeur s'accompagne d'un certain degré de péritonite. Ici, d'ailleurs, la maladie évolue rapidement et s'accompagne bientôt d'un état cachectique absolument caractéristique.

La maladie que nous étudions présente, au contraire, des caractères absolument opposés. Le néoplasme est ordinairement pédiculé, en grappes végétantes ou chou-fleur; ne se propage que très-rarement aux viscères abdominaux et ne s'accompagne jamais de généralisation ganglionnaire. En outre, l'ascite présente des signes spéciaux de la plus haute valeur diagnostique. Nous insistons sur les caractères de cet épanchement, qui, à eux seuls, permettront souvent au praticien de reconnaître la nature de la tumeur qui l'a causée. Il est limpide, filant et contient en grand nombre des cellules caliciformes, cylindriques ou cubiques. La constatation de ce dernier point est de la plus haute importance.

Si le néoplasme déborde le détroit supérieur et envahit la cavité abdominale, on aura à le distinguer des tumeurs de cette région. Les hystéromes, outre qu'ils sont lisses et symétriquement placés de chaque côté de la ligne médiane, se continuent manifestement avec l'utérus et en constituent une dépendance. L'ascite symptomatique des affections cardiaques ou hépatiques se distinguera par le diagnostic de la cause et l'absence de tumeur.

Les kystes de l'ovaire, débutant ordinairement sur l'un des côtés de la cavité pelvienne, grossissant graduellement, faisant surtout saillie sur la ligne médiane et surplombant le pubis, semblent et doivent être le plus souvent faciles à distinguer.

Cependant il existe des cas où la confusion peut être possible. Ainsi, si vous vous reportez à notre observation, vous verrez que l'aspect du ventre de notre malade rappelait, à s'y méprendre, celui que produit un kyste ovarique. Nous en avons trouvé les raisons anatomiques dans

le mode d'implantation de la tumeur et dans l'épaississement si considérable du feuillet péritonéal. Le néoplasme, en effet, situé sur les côtés du détroit supérieur du bassin et débordant par en haut cette cavité, soutenait en quelque sorte la paroi abdominale et prévenait ainsi son affaissement. D'autre part, à cause de l'épaississement de la séreuse, qui atteignait par places près de trois millimètres, celle-ci ne s'affaissait que difficilement. Cette cause d'erreur possible nous paraît utile à signaler, d'autant que l'examen microscopique du liquide ne peut en aucune sorte servir à élucider le diagnostic. Le contenu des kystes ovariques et l'ascite qui accompagne les tumeurs végétantes du péritoine pelvien contiennent en effet les mêmes principaux éléments. Ces considérations n'ôtent rien de leur valeur aux caractères diagnostiques de l'épanchement ascitique. Ce sera surtout par une analyse minutieuse de ce liquide qu'on arrivera à avoir de fortes présomptions sur la nature des tumeurs que nous étudions.

Mais pourra-t-on avoir ainsi une certitude absolue dans tous les cas? Nous ne le pensons pas. Dans les cas douteux, et ils seront nombreux peut-être, le chirurgien devra recourir à une incision exploratrice. Celle-ci lui permettra d'avoir la tumeur sous les yeux, de la toucher et de reconnaître ainsi sa nature. Ce moyen, d'ailleurs, ne pourra être employé que comme temps préliminaire de l'opération qui devra débarrasser la malade.

Le pronostic de ces lésions est naturellement variable. Il dépend du volume de la tumeur, de son ancienneté et de la résistance de la malade. Elles exigent, pour qu'on puisse les guérir, la laparotomie, qui est toujours une opération grave. Cependant, à mesure qu'on apprendra à les connaître davantage, il sera possible d'intervenir de meilleure heure, et leur pronostic s'améliorera. Il est cependant un point parfaitement acquis: ce sont des tumeurs bénignes, sans aucune tendance à la généralisation. Mais ne récidiveront-elles pas après l'ablation? Cette question doit, selon nous, être encore réservée. Cependant Péan dit n'avoir pas observé de récidives sur les malades qu'il a opérées.

§ 3

Quel traitement doit-on diriger contre cette maladie?

Et d'abord, disons-le, seule la thérapeutique chirurgicale aura une efficacité vraiment curative. Un premier moyen se présente, qui a dû être souvent employé: ce sont les ponctions. Quelle en est la valeur? Leur rôle est purement palliatif, et il ne saurait en être autrement avec le mode de reproduction de l'épanchement. Tant que la tumeur existera, elle versera incessamment les matériaux qu'elle sécrète, et le liquide sera rapidement reproduit. Chez notre malade, après plus de cent ponctions, on a été obligé d'en venir à une opération qui aurait pu avoir une issue favorable si l'on était intervenu plus tôt. Cependant, si l'on était obligé d'avoir recours aux paracentèses, celles-ci devraient être faites avec des instruments soigneusement désinfectés. Elles ont incontestablement l'avantage de supprimer la gêne causée par l'ascite, de permettre aux malades de se nourrir, de reposer et de réparer leurs forces.

Si l'on veut faire une opération vraiment radicale, il n'y a pas à hésiter: il faut pratiquer la laparotomie et enlever la tumeur aussi complétement que possible. Si l'on prévoit que l'opération doive être longue, il sera utile de faire une injection de chlorhydrate de morphine à la malade; cette précaution permettra de continuer l'anesthésie avec des quantités relativement faibles de chloroforme. On pourrait aussi substituer l'éther au chloroforme. L'éther, en effet, a une action moins déprimante; l'anesthésie peut être longtemps soutenue sans crainte de voir survenir des accidents. Toutes ces précautions ont leur avantage ; car il ne faut pas oublier que l'opération peut être longue et laborieuse.

La cavité abdominale ouverte (1), le chirurgien s'assurera d'abord

(1) Nous croyons inutile d'insister sur le manuel opératoire, qui est le même que pour l'ovariotomie, et que l'on trouve décrit dans tous les livres classiques.

du diagnostic, puis s'inspirera, pour faire l'ablation, du mode d'implantation de la tumeur, de son volume et de sa vascularité. Il sera ordinairement possible d'opérer comme M. Tédenat. On agit par fragmentation, à l'aide des mains ou avec des pinces de Museux, des pinces à polypes, en ayant soin de jeter au préalable une ligature sur le pédicule. Toutes les végétations doivent être enlevées aussi exactement que possible; les ovaires sont-ils altérés, on doit les sacrifier sans hésitation. Il sera utile, pensons-nous, de cautériser légèrement la surface d'implantation. Outre que ce moyen aura l'avantage d'aseptiser la plaie, d'arrêter les hémorrhagies, il préviendra efficacement les récidives possibles.

La toilette du péritoine sera faite avec un soin minutieux. La plaie sera fermée comme après l'ovariotomie. On établira avec avantage le drainage de la cavité abdominale.

Il faudra enfin instituer une médication énergiquement excitante, afin d'amener une réaction salutaire. On préviendra ainsi le shock opératoire, qui a été funeste à notre malade.

D'après Péan, les suites de l'opération seront ordinairement favorables. Cependant il peut survenir des contre-temps fâcheux, qui, s'ils ne compromettent pas la guérison, la retardent considérablement. Ainsi on a observé la déhiscence de la plaie abdominale, avec écoulement au dehors du liquide, d'abord ascitique, puis franchement purulent. Ces accidents disparaissent assez rapidement, ou bien amènent la mort avec des phénomènes de colliquation. Chez d'autres, la convalescence se trouve troublée par l'apparition de pelvipéritonites. Dans tous ces cas, il faut probablement incriminer l'incomplète asepsie de l'opération.

CONCLUSIONS

On trouve sur le péritoine pelvien de la femme une variété de tumeurs qui avaient été confondues jusqu'ici avec des productions de mauvaise nature.

Ces néoplasmes ont un aspect arborescent en chou-fleur absolument caractéristique. Ils sont implantés par un pédicule très-net, en grappes plus ou moins abondantes, à la surface de la séreuse revêtant les ligaments larges, l'utérus et ses annexes.

Ils n'ont aucune tendance à se généraliser, se propagent quelquefois à l'épiploon, au mésentère, mais surtout au tissu de l'ovaire, pour lequel ils semblent avoir une véritable prédilection.

Ces tumeurs s'accompagnent d'une ascite caractéristique, se produisant incessamment et avec rapidité, nécessitant de nombreuses ponctions et entraînant la mort des malades par les spoliations séreuses qu'elle leur fait subir. Ce liquide contient des éléments figurés, dont la détermination est très-utile au point de vue du diagnostic.

La structure histologique de ces néoplasmes amène à les ranger parmi les myxomes. Ils sont recouverts d'un revêtement de cellules à forme variable, disposées sur un ou plusieurs plans. Ce sont ces éléments qui, subissant graduellement une véritable fonte, deviennent l'origine de l'épanchement ascitique.

Au point de vue clinique, leur diagnostic est difficile; mais on arrivera ordinairement à le poser, en se fondant surtout sur les caractères histologiques de l'ascite. L'incision exploratrice sera quelquefois utile pour assurer définitivement le diagnostic.

Ces tumeurs évoluent avec assez de lenteur, mais aboutissent fatalement à la mort, si l'on n'intervient pas.

Les ponctions n'ont qu'une valeur palliative ; si l'on veut guérir la maladie, on sera obligé d'enlever la tumeur par la laparotomie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Péan. — Des Tumeurs végétantes du péritoine pelvien à forme colloïde ou myxomateuse. — Semaine médicale, 9 juin 1886.

Quénu. — Tumeurs végétantes des deux ovaires. — De l'Ascite dans les tumeurs abdominales. — Revue de chirurgie, 10 avril 1886.

Hégar et Kaltenbach. — Manuel de gynécologie opératoire, 1884.

Frederick Treves. — Manual of surgery, vol. III.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 23 juin 1886.

Le Doyen,

A. CASTAN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 24 juin 1886.

Le Recteur de l'Académie,

correspondant de l'Institut,

G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!

PL. 1.

1. Face postérieure de l'utérus.
2. Rectum.
3. Ligament rond.
4. Trompe.
5. Ovaire droit envahi par la tumeur.
6. Feuillet postérieur du ligament large droit, présentant quelques végétations à pédicule étroit.
7. Masse principale de la tumeur recouvrant le ligament large, l'ovaire, pénétrant dans la fosse iliaque gauche et plongeant dans le cul-de-sac recto-vagino-utérin.
8. Ligament utéro-sacré.

Planche II. (Grossissement 300 D)

A. *Cavité manifestement formée par la soudure en B de deux végétations.*

C C. *Bourgeons secondaires*

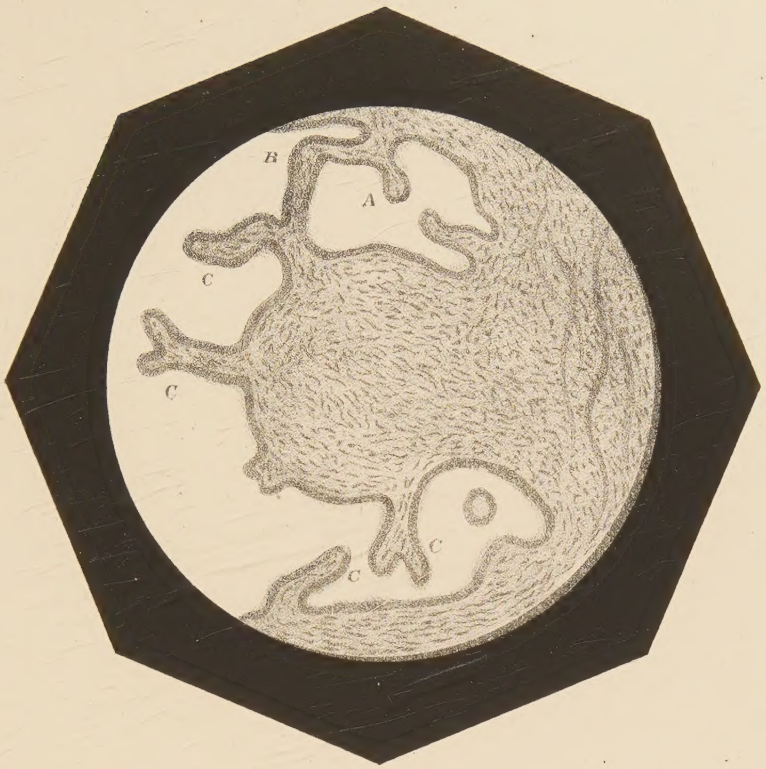

Planche III. (Grossissement 850 D)

A. *Epithelium cylindrique à cils vibratiles.*

D. *Coupe d'une cavité tapissée de cellules ciliées.*